Aus der gynäkologischen Abteilung des Allg. Krankenhauses St. Georg
Leitender Arzt: Prof. Dr. Matthaei.

Lane Medical Library

Beitrag zur Klinik der Corpus luteumblutungen

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
DER HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER HAMBURGISCHEN UNIVERSITÄT

VORGELEGT VON

Scholem Feldstein

Hamburg 1928.

1928

Druck von Adolph Düffert & Co., Hamburg 13
Bogenstraße 54

Referent:
Prof. Dr. Heynemann

Bei einer statistischen Durchsicht der gynäkologischen Operation im allgemeinen Krankenhaus St. Georg im Laufe der letzten 10 Jahre kamen auf 5417 große Operationen etwa 257 Extrauteringraviditäten zusammen mit Tubaraborten und rupturierten Tubargraviditäten. Unter diesen 257 Fällen fanden sich 12 Fälle von Corpus luteumblutungen, deren Diagnose erst während der Operation gestellt werden konnte und nachträglich anatomisch bestätigt wurde. Da keine besondere Registernummer für diese Fälle besteht und sie in der Statistik unter anderen Operationen verteilt sind, muß man annehmen, daß noch einige Fälle sich meiner Aufmerksamkeit entzogen haben.

Im Vergleich zu den bisher in der Literatur veröffentlichten 72 Fällen erscheint es der Mühe wert, mit Hilfe dieser 12 Fälle, die 16,6% der seit 1900 in der gesamten Weltliteratur auffindbaren Fälle betragen, einen Beitrag zur Klinik der Corpus luteumblutungen zu schreiben, besonders deshalb auch, weil die bisher erschienene Literatur zum großen Teil mehr die anatomischen Fragen behandelt und nur wenige rein klinisch gehalten sind.

1913 hat Franz Cohn 22 Fälle aus der gesamten in- und ausländischen Literatur von 1900 ab zusammengestellt, außerdem noch 6 Fälle aus der Greifswalder Klinik hinzugefügt.

Forssner hat 1916 wiederum die gleichen Fälle, allerdings nach anderen Gesichtspunkten geordnet, veröffentlicht und außerdem die neu hinzugekommenen Fälle beschrieben. Nach Forssner hat Zacherl eine zusammenfassende Arbeit über dieses Thema geliefert. Dann erschienen noch einzelne Fälle von Barolin, Hornung Kaboth, Eick, Korach, Toldy usw., die ich später zusammenfassend schildern werde.

Ich beginne jetzt mit den Fällen aus der Literatur und werde unter Zuhilfenahme der Fälle aus dem St. Georger Krankenhaus versuchen, in klinischer Richtung einen Beitrag zur Klärung des Krankheitsbildes zu geben.

Fall 1. Schauta veröffentlicht 1902 einen Fall von intraabdomineller Blutung aus einem Corpus luteum, das bei einer vorhergegangenen Operation schon gefunden aber nicht beachtet worden war. Die Stärke der inneren Blutung soll damals mehrere Liter betragen haben.

Fall 2. Wieder ein Fall nach einer Operation 1903 mit lebensbedrohlicher Blutung, auch von Schauta veröffentlicht.

Fall 3. Gabriel. 24jährige Patientin mit einer Gonorrhoe in der Anamnese. Jetzt noch positiver Gonokokkenbefund. Letzte Regel sollte vor 6 Tagen eintreten, bisher immer regelmäßig. Keine Partus, kein Abort. Plötzlich erkrankte die Patientin mit Erscheinungen einer intraperitonalen Blutung. 18 Tage nach der Erkrankung wurde operiert und es fand sich ein geborstenes Corpus luteum.

Fall 4. Von Winiwarter veröffentlicht folgenden Fall: 35jährige Patientin, die die erste Regel mit 14 Jahren bekam, immer regelmäßig alle 4 Wochen 4—5 Tage ohne Beschwerden. 8 Geburten, letzte 1909 Zwillinge. Letzte Regel vor 4 Wochen, etwas verspätet und nur 2 Tage anhaltend. Die Patientin erkrankte plötzlich nachts mit wehenartigen Schmerzen im Leib und zwar eine Viertelstunde nach erfolgtem Coitus, Der herbeigerufene Arzt fand außer Schmerzen bei Bewegung des Uterus in der vaginalen Untersuchung keine Besonderheiten und stellte die Diagnose auf Extrauteringravidität. Erst nach 8 Tagen trat eine genitale Blutung auf mit vermehrten Schmerzen, die 8 Tage anhielt. Man konnte dann auch im hinteren Scheidengewölbe einen elastischen Widerstand fühlen, der den Douglas ausfüllte. Nun wurde die Diagnose Extrauteringravidität als gesichert angesehen und man beschloß nach vorheriger Punktion, die blutig seröse Flüssigkeit ergab, die Operation.

Es fand sich eine Corpus luteumblutung, eine Gravidität konnte klinisch und anatomisch-histologisch ausgeschlossen werden.

Fall 5. Maes berichtet über einen Fall von Verblutung aus einem Ovarialfollikel bei gleichzeitig bestehender Leukämie. Leider sind keine näheren Angaben über Anamnese und Status gemacht worden.

Fall 6. Rouville berichtet über eine 33jährige Patientin, die akut erkrankte und bei der mit Rücksicht auf die Anamnese wegen einer vorhanden gewesenen Hämatozele retrouterina die Diagnose Extrauteringravidität stellte. Die Operation ergab eine Blutung aus einem Corpus luteum.

Fall 7. Lunzer. Es handelt sich um eine 19jährige Patientin, aus deren Anamnese hervorgeht, das die Menses stets regelmäßig waren, die letzte vor 24 Tagen. Seit 3 Jahren litt die Patientin morgens an schleimigem Erbrechen. Deswegen und wegen allgemeiner nervöser Erscheinungen wurde der Patientin gymnastischer Unterricht verordnet. Die erste Stunde war am Tage vor der Aufnahme. Wie auch die Untersuchung ergab, handelt es sich um eine Patientin mit intakten Hymen. Kein Partus, kein Arbort. In der Nacht nach der Turnstunde erkrankte die Patientin plötzlich mit Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend, die allmählich auf die Ileocökalgegend übergingen. Kein Stuhl und keine Winde. Es handelte sich um eine kräftig gebaute, leicht blaß aussehende Patientin; Lunge und Herz o. B. Temperatur 37,4 Puls 108. Abdomen leicht aufgetrieben. Ileocökalgegend ein wenig druckempfindlich. Diagnose: Appendicitis. Operation: Rechte Adnexe und Appendix

o. B. Rechtes Ovar vergrößert und trägt in seinem oberen Anteil einen schlaffen, wallnußgroßen Sack mit einer ganz kleinen Perforationsstelle. Weiterhin normaler Verlauf. Nach einigen Tagen setzten die Menses ein und dauerten 4 Tage.

Fall 8/17. Jayle. Bei dem ersten Fall von Jayle handelt es sich wieder um eine Patientin mit intaktem Hymen von 42 Jahren, die jahrelangen, schmerzhaften und auch in letzter Zeit unregelmäßigen Menses plötzlich mit den Erscheinungen einer intraperitonealen Blutung erkrankte, die sich nach der Operation als Corpus luteumblutung erwies.

Er veröffentlichte weitere 15 Fälle aus der französischen Literatur, zumeist solche, die nur statistisches Interesse für diese Arbeit haben, da mir die Originalarbeiten nicht zugänglich sind.

Fall 18/19. Munro Kerr und Cranwell berichten über 2 Fälle, die zur Operation führten. Allerdings ist bei beiden die Ovarialschwangerschaft nicht durch histologische Untersuchung ausgeschlossen worden.

Fall 20. Bürger. Es handelt sich um eine 37 jährige Patientin, seit 9 Jahren verheiratet. Kein Partus, kein Abort. Erste Regel mit 20 Jahren, immer regelmäßig 8 Tage lang ohne Schmerzen. Letzte Regel trat zur normalen Zeit auf. Die Patientin ist plötzlich mit heftigen, krampfartigen Schmerzen im Unterleib erkrankt. Mehrere Ohnmachtsfälle auch im Liegen. Bei der Aufnahme zeigt die Patientin auffallende Blässe, hohen Puls und leicht Somnolenz. Keine Schwangerschaftszeichen. Abdomen leicht aufgetrieben. Nirgends Tumor zu palpieren. Die genitale Untersuchung ergibt, daß der Uterus an seiner Beweglichkeit gehindert ist und zwar durch eine nicht abgrenzbare Masse links von ihm. Der Douglas ist nicht besonders stark vorgewölbt. Diagnose: rupt. Tubargravidität. Operation: etwa 2 Liter Blut aus einem Corpus luteum, keinerlei Schwangerschaftszeichen.

Fall 21/23. Weinbrenner berichtet über 3 Fälle von intraperitonealer Blutung aus einem Corpus luteum, die alle 3 unter der Diagnose: rupt. Tubargravidität operiert wurden, ohne daß die Anamnese in Bezug auf die Menstruation irgend welchen Anhalt gab,

Fall 24. Engström, Es handelt sich um eine 40 jährige Patientin. Erste Regel mit 15 Jahren regelmäßig alle 4 Wochen 3—4 Tage. 7 Kinder letztes vor 4 Jahren. Nach den Geburten traten die Menstruationen regelmäßig auf. Letzte normale Regel vor etwa 25 Tagen. Die Patientin kommt jetzt wegen plötzlicher Schmerzanfälle in der Nabelgegend, die in den letzten Tagen mehrmals aufgetreten sind. Im hinteren Scheidengewölbe fluktuierende Resistenz. Diagnose: rupt. Tubargravidität. Die Operation ergab eine Blutung aus einem Corpus luteum.

Fall 25. Sudeck demonstrierte im ärztlichen Verein in Hamburg einen Fall von Corpus luteumblutung an Hand des bei der Operation gewonnen Präparats. Das Präparat entstammt einer 30 jährigen Patientin, die plötzlich am 5. Tage ihrer normal verlaufenden Periode mit heftigen Schmerzen im Leib erkrankte. Die letzte Regel war ebenso normal. Die Patientin hat 2 Kinder, keine Aborte. Der erste Anfall war morgens um 9 Uhr. Um 12 Uhr trat zu den heftiger gewordenen Schmerzen Schwindelgefühl hinzu, um ½3 Ohnmachtsanfall. Die Patientin wurde unverzüglich unter der Diagnose: geplatzte Extrauteringravidität operiert. Man fand eine große Blutung in der freien Bauchhöhle und als Blutungsquelle ein Corpus luteum. Die anatomische Untersuchung ergab keine Schwangerschaft

Fall 26. Marshall referiert über einen Fall von geborstener Corpus luteumcyste bei vaginaler Untersuchung. Auch hier ist die Diagnose erst nach der Operation gestellt worden.

Fall 27/33. Tartanson, Vioelt und Alamartine, Lockyer und Hirst berichten über 7 Fälle von nicht diagnostizierten intraperitonealen Corpus luteumblutungen, die sämtlich unter der Diagnose Extrauteringravidität operiert wurden, ohne den normalen Verlauf der Menstruation in Betracht zu ziehen.

Fall 34/39. Das sind die 6 Fälle die Franz Cohn aus der Greifswalder Klinik bringt.

1) 29 jährige Patientin, bisher nie krank gewesen, letzte Regel ganz normal vor 20 Tagen, erkrankte nach plötzlicher Ohnmacht mit Schmerzen in der linken Seite und wurde fast pulslos ins Krankenhaus eingeliefert. Hinter dem Uterus wird eine empfindliche Schwellung gefunden, es wird angenommen, daß es sich um eine rupt. Extrauteringravidität handelt. Die Operation ergibt eine Blutung aus einem Corpus luteum.

2) 35 jährige Patientin außer Lues vor 10 Jahren keine Krankheiten durchgemacht. 2 mazerierte Kinder. Stets normale Menses. Am Tage nach der Aufnahme ins Krankenhaus, wo sich Patientin zwecks Prolapsoperation befindet, Ohnmachtsanfall, der rasch vorübergeht. 3 Tage später wird die Prolapsoperation ausgeführt. Bei der Vaginifixur zeigte sich noch vor der Eröffnung des Peritoneums dunkel durchscheinendes Blut. Nach Eröffnung reichliche Mengen leicht geronnenen Blutes, das aus einem gesprungenen Corpus luteum des rechten Ovars stammte.

3—6) Diese 4 Fälle unterscheiden sich von den ersten beiden klinisch in keiner Weise.

Fall 40/41. Reinhard, 17 jährige Patientin (nicht virgo) erkrankte einige Tage vor der zu erwartenden Menstruation mit Symptomen einer geplatzten Extrauteringravidität. Bei der Operation fand man als Blutungsquelle ein etwas vergrößertes Ovar mit einem geborstenen Corpus luteum.

Im 2. Fall handelt es sich um ein 24 jährige Frau, die mit den gleichen Symptomen erkrankte. Man fand bei dieser Operation sowohl eine geplatzte Tubargravidität auf der einen Seite als auch ein geplatztes Corpus luteum auf der gegenüberliegenden Seite.

Fall 42. Thorn berichtet über einen Fall mit normaler Anamnese ohne Menstruationsstörungen. Plötzliche Erkrankung mit Erscheinungen einer intraperitonealen Blutung. Operation ergibt ein geplatztes Corpus luteum.

Fall 43. Hedde berichtet über einen Fall, der dem 2. Fall von Reinhard gleicht. Auch hier liegt sowohl Tubarabort wie geplatztes Corpus luteum vor.

Fall 44/47. Diese Fälle werden von Gross, Kymoch und Adams veröffentlicht und verlaufen klinisch mit Erscheinungen intraperitonealer Blutung ohne anamnestischer Menstruationsstörungen.

Fall 48/51. Forssner bringt diese 4 Fälle zum Beweise, daß bei jeder intraperitonealen Blutung aus dem Ovarium eine Ovarialschwangerschaft vorliegen muß. Das Fehlen von Menstruationsstörungen in der Anamnese sowie die Abwesenheit sämtlicher anderer Schwangerschaftssymptome spricht nicht gegen diese Diagnose. Nicht einmal die mikroskopische Serienuntersuchung ist für ihn maßgebend.

Fall 52/53. Urban beschreibt 1917 kurz nacheinander 2 selbst beobachtete Fälle. In dem ersten handelt es sich um eine 39jährige Frau, die plötzlich mit den Erscheinungen einer peritonealen Blutung nach schwerer Arbeit erkrankte. Es fand sich bei der Operation eine starke innere Blutung aus dem Corpus luteum des rechten Eierstocks. Der bei der Operation erhobene Befund wurde histologisch sicher gestellt.

Im 2. Fall war es ein 15jähriges Mädchen, das unter der Diagnose: Appendicitis bei gleichzeitig bestehender Anämie operiert wurde; die Operation ergab denselben Befund wie im ersten Fall. Hier trat die Blutung auch zur Zeit der Menstruation auf.

Fall 54/57. Barolin. Im ersten Fall war es eine 21jährige Patientin mit Hymen intactum, die ihre erste Menses mit 17 Jahren hatte, immer regelmäßig alle 4 Wochen 8 Tagelang. Jedesmal mit geringen Beschwerden. Die letzte Regel war vor 14 Tagen. Die Patientin erkrankte plötzlich 3 Tage vor der Aufnahme mit heftigen Schmerzen im Leib, sah sehr blaß aus und gab schon spontan diffuse Schmerzen an. Dieselbe Anamnese hatte der 2. und 4. Fall, wiederum Patientinnen mit intaktem Hymen. Bei allen dreien wurde die Diagnose nicht gestellt und man fand bei der Operation, die unter der Diagnose: Appendicitis ausgeführt wurde, ein blutendes Corpus luteum. Im 3. Fall war es eine 27jährige Patientin, die ebenfalls unter der Diagnose Appendicitis operiert wurde, auch hier derselbe Befund. Die Patientin befand sich kurz vor Beginn der Menstruation und hat nicht nach außen geblutet.

Fall 58. Lindig veröffentlicht einen Fall von Corpus luteumblutung, der unter der Diagnose: rupt. Tubargravidität operiert worden war. Auch in diesem Falle trat die Blutung zur Zeit der erwarteten Menstruation auf.

Fall 59/60. Runge referiert über 2 Fälle, wo die Blutung in die Bauchhöhle etwa am 20. Tag post menstruationem eintrat.

Fall 61. Zacherl teilt noch folgenden Fall mit. Eine Hilfsarbeiterfrau, die die erste Regel mit 12 Jahren hatte und regelmäßig alle 4 Wochen 4—5 Tage menstruierte, kam zur Aufnahme. Vor 8 Jahren war die Frau 10 Monate lang amenorrhoisch, ohne einen Grund hierfür zu wissen. Dann begannen wieder regelmäßige Menses. 2 Jahre später einen Typhus durchgemacht, sonst immer gesund gewesen. In den letzten 3 Jahren je 1 Partus. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett normal. Heute erkrankte die Patientin plötzlich mit krampfartigen Schmerzen im Unterbauch nach dem Heben eines schweren Wassereimers. Übelkeit, Schwindel und Ohnmacht. Der Befund war: Mittelgroße kräftig gebaute Patientin, Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute. Herz und Lungen o. B. Aus den Brüsten läßt sich kein Kollostrum entleeren, keine Pigmentierung der Haut. Der Leib ist stark aufgetrieben, und zeigt in den abhängigen Partien Dämpfing und Schallwechsel bei Lageveränderung. Im hinteren Scheidengewölbe findet sich eine weiche Resistenz, die Punktion ergibt frisches Blut. Operation: Beide Tuben völlig intakt, das linke Ovar ist etwa pflaumengroß und enthält eine kleinbohnige Blutcyste. Im rechten Ovar findet sich an der Vorderseite ein perforiertes Corpus luteum, aus dem es blutet. Keine Schwangerschaft nachzuweisen.

Fall 62/64. Kranzfeld berichtet über 3 Fälle von Corpus luteumblutungen. Bei sämtlichen besteht kein Anhalt für Schwangerschaft, keine Blutung nach außen und keine anamnestischen Menstruationsstörungen.

Fall 65. Burg berichtet über einen Fall von Corpus luteumblutung bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Gravidität.

Fall 66. Bochkor bringt einen Fall von Verblutungstod aus einer Corpus luteumcyste. Wegen der plötzlich eingetretenen Verblutung konnte die Anamnese nicht erhoben werden. Es handelte sich um eine 26jährige Opara.

Fall 67/69. Korach liefert eine differential-diagnostische Arbeit über Appendicitis und Corpus luteumblutung, in der er über 3 Fälle berichtet. Im ersten Fall handelt es sich um eine 18jährige non marita ohne besondere Anamnese, immer gesund gewesen, niemals Menstruationsstörungen gehabt. 3 Tage vor dem regulären Menstruationstermin plötzliche Erkrankung mit heftigen Schmerzen in der rechten Unterbauchsgegend. Die Druckempfindlichkeit entsprach nicht ganz dem Mac Burney, sondern war etwas tiefer symphysenwärts näher dem Uterus; Rovsing negativ. Weder bei Bewegung noch beim Atmen und Husten Verstärkung der Schmerzen. Keine Anzeichen einer Abämie. Diagnose: Appendicitis acuta. 12 Stunden nach der Erkrankung Operation, bei der sich eine Blutung aus einem geplatzten Corpus luteum des rechten Ovars fand. Appendix o. B. Zur erwarteten Zeit traten die Menses ein.

2. Fall. 36jährige Frau, 2 Geburten, letzte vor 8 Jahren, keinerlei Menstruationsstörungen in der Anamnese. 4 Tage vor den erwarteten Menses dieselben Beschwerden wie im ersten Fall, ebenso der Befund. Kein Erbrechen, keine Blutung nach außen, keine Temperatur, nur Druckempfindlichkeit rechts, nicht genau im Mac Burney. Rovsing negativ. Nach erfolgter Operation, bei der sich eine Blutung aus einem geborstenen Corpus luteum des rechten Ovars ergibt, traten zur rechten Zeit die Menses auf.

18 Monate nach der Operation erkrankte dieselbe Patientin wieder plötzlich mit Schmerzen in der linken Seite. Acute Daueriliacalgien. Leicht balloniertes Abdomen und starke Druckempfindlichkeit in der Gegend des linken Ovars. Die Menses waren bisher regelmäßig und sollten in einigen Tagen eintreten. Der Verfasser stellte die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Blutung aus dem linken Ovar. Appendicitis fiel fort, ebenso wurde eine Extrauteringravidität ausgeschlossen, da die Menses bisher regelmäßig waren und ein geschlechtlicher Verkehr in letzter Zeit nach glaubwürdigen Angaben nicht stattfand. Auf Wunsch des Verfassers wurde von der Operation Abstand genommen. Die Patientin wurde konservativ behandelt, die Beschwerden wurden allmählich weniger und verschwanden ganz nach 4 Tagen mit dem Auftreten der Menses, welche seitdem immer regelmäßig waren.

Der 3. Fall gleicht vollkommen dem ersten.

Fall 70. Walter bringt einen Fall mit genauer Beschreibung der Anamnese und des Status. Keine Menstruationsstörungen, plötzliche Erkrankung wie im vorigen Fall. Die Diagnose wird auf Tubargravidität gestellt. Trotzdem eine Resistenz im Douglas gefühlt wird, lehnt der Verfasser die Punktion wegen der Infektionsgefahr ab. Die Operation ergibt Blutung aus einem Corpus luteum.

Fall 71. Bittmann berichtet über einen Fall von Ovarialblutung, die zur Operation führte, und deren Aetiologie der Verfasser in einer Stauung durch eine bestehende Retroflexio sieht. Es wurden keine Zeichen von Gravidität gefunden, was aus der Anamnese schon zu ersehen war.

Fall 72. Diesen Fall veröffentlicht Oing aus der Kehrerschen Klinik. Es handelt sich hier um eine 36jährige Patientin, die 4 mal geboren hatte und deren Regel bis zum letzten Mal normal war. Die Frau erkrankte plötzlich unter den Erscheinungen einer inneren Blutung und blutete zugleich nach außen. Es wurde sofort in der Annahme einer Tubargravidität operiert und man fand eine Corpus luteumblutung. Makroskopisch und mikroskopisch wurde eine Extrauteringravidität ausgeschlossen.

Aus der Aufstellung der 72 Fälle aus der Literatur geht folgendes klinische Bild hervor. Es erkranken Patientinnen im Alter von 14—42 Jahren, also im geschlechtsreifen Alter. Das Durchschnittsalter ist 26 Jahre. Sie erkranken aus voller Gesundheit, plötzlich, kurz vor Eintritt der zu erwartenden Regel, nicht fieberhaft, mit mehr oder weniger Schmerzen in der Unterbauchgegend, Ohnmachtsanfällen und Schwindelgefühl.

Die Anamnese zeigt weiter, daß sehr oft keine Menstruationsstörungen, keine äußeren Anzeichen einer Gravidität wie Kollostrum oder livide Verfärbung der Schleimhäute vorliegen und keine Blutung nach außen besteht. In vielen Fällen auch sind es Patientinnen, die noch nicht geboren haben und teilweise handelt es sich um Patientinnen mit Hymen intactum.

Außer Bauchdeckenspannung rechts oder links, je nachdem, welche Seite erkrankt ist, manchmal auch diffus finden sich Anzeichen intraperiteonaler Blutung wie Druckschmerz, leichte Dämpfung in den abhängigen Partien, erhöhter Puls und Blässe. Der bei der intraabdominalen Blutung sonst häufig vorkommende Schulterschmerz wird von den Autoren nicht erwähnt.

Da es sich um Patientinnen geschlechtsreifen Alters handelt, richtet man in fast allen Fällen das Augenmerk auf das Genitale. Da, wo die intraperitoneale Blutung erkannt ist, wird die Diagnose: Extrauteringravidität (rupt.) gestellt und operiert. Die Operation ergibt dann makroskopisch oder erst nach anatomischer Untersuchung, daß keine Gravidität vorliegt, und daß die Blutung aus einem geplatzten Corpus luteum stammt. Da, wo sich der Arzt vom Genitale ablenken läßt, sei es durch die fehlenden Schwangerschaftszeichen oder durch die fehlende Anamnese oder dadurch daß die intraperitoneale Blutung noch nicht allzugroße Erscheinungen macht. natürlich geschieht das, wenn der Hauptbefund rechts ist, wird die Diagnose: Appendicitis gestellt und dann operiert. Es ergibt sich derselbe Befund bei der Operation, wie ich ihn im Vorhergegangenen geschildert habe. Zu bemerken ist noch, daß erfahrungsgemäß die Schmerzhaftigkeit bei jeder abdominalen Blutung rechts vorwiegt. Daraus erklärt sich auch, daß bei mancher links gefundenen Blutung die Diagnose: Appendicitis gestellt wurde. Das ist in 29% der Fälle geschehen.

Wie wir sehen, kommt es in fast 100% der Fälle zur Operation, die Patientinnen werden dadurch gerettet und 2—3 Tage nach der Operation tritt die erwartete Regel auf.

Nur in einen Fall von Korach (68) ist von der Operation Abstand genommen worden, trotzdem ist die Patientin genesen. Der Fall wird noch ausführlicher besprochen werden.

Zur Beleuchtung der Fälle möchte ich noch einige statistische Zahlen anführen.

Von den 72 Fällen, in denen 71 zur Operation gelangt sind, lauteten die Diagnosen in 21 Fällen (29%): Appendicitis, in 50 Fällen (70%): rupt Extrauteringravidität, in 1% der Fälle waren es andere Diagnosen.

In etwa 10% der Fälle lagen anamnestische Traumen vor, nämlich in den Fällen 3, 7, 20, 21, 23, 34, 61.

Ein Hymen intactum wurde in 5 Fällen (7, 8, 54, 55, 56) also in 7% gefunden.

In 90% der Fälle lag keine vaginale Blutung vor, sondern sie trat erst 2—3 Tage nach der Operation auf. Nur in 12 Fällen lagen Menstruationsstörungen vor, wie verspäteter Eintritt der Regel oder länger anhaltende Amenorrhöe. Also in 60 Fällen keinerlei Menstruationsstörungen; das bedeutet, daß in 82% der Fälle anamnestisch das bekannteste Wahrscheinlichkeitssymptom für die Annahme einer Gravidität, die Amenorrhöe, fehlt, Wenn auch in Ausnahmefällen Extrauteringraviditäten ohne vorhergehende Amenorrhöe und sonstigen Blutungsannomalien bekannt sind, so gibt uns doch dieses sich dauernd wiederholende Symptom in Bezug auf die Diagnose zu denken.

Von den 72 Patientinnen hatten 40 noch nicht geboren, 26 geboren, 5 nur abortiert und eine nur mazerierte Kinder gehabt. Nur in 2 Fällen wird Lues als Nebenbefund gebracht. In einem Fall (26) ist das Corpus luteum bei der vaginalen Untersuchung der Patientin geborsten, die Operation wurde angeschlossen.

Bei Fall 41 und 42 bestand auf der anderen Seite zugleich eine rupt. Extrauteringravidität. Es wurde dort die Frage aufgeworfen, welche der Blutungen die meisten Erscheinungen verursachte. Es finden sich widersprechende Urteile darüber und es verlohnt sich nicht, genaueres anzuführen, da derartig unklare Fälle kaum zur Erkennung des Krankheitsbildes beitragen werden.

In Fall 48 und 51, die Forssner bringt, bestand neben dem Corpus luteum eine Ovarialschwangerschaft, die erst nach histologisch untersuchten Serienschnitten entdeckt wurde.

Aus der Schwierigkeit, die Ovarialschwangerschaft auch noch anatomisch-histologisch zu diagnostizieren, schließt Forssner, daß

alle bisher angeführten Fälle von Corpus luteumblutungen Ovarialschwangerschaften seien und bekräftigt seine Ansicht damit, daß er nachweist, daß sämtliche anatomische Untersuchungen nicht gründlich genug gemacht worden sind. Er geht soweit, daß er den Nachweis einer histologischen Untersuchung nicht für genügend hält, da die wenigen Zotten vor der Untersuchung verloren gehen können.

Wenn man sich auf einen derartigen Standpunkt stellt, müßte man das ganze Krankheitsbild negieren. Ich stehe auf dem Standpunkt, daß man sich auf eine histologische Untersuchung, um eine Ovarialschwangerschaft auszuschließen, voll und ganz verlassen kann, und lehne den Standpunkt Forssners ab.

In Fall 5 und 66 sind die Patientinnen verblutet und konnten trotz der erfolgten Operation nicht gerettet werden.

Es wird angenommen, daß in diesen Fällen nebenbei eine Bluterkrankung wie Leukämie oder eine sonstige Erkrankung, die eine Blutungsbereitschaft bedingt, besteht.

Kranzfeld bringt in Fall 65 eine Corpus luteumblutung bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Gravidität. Es ist ja bekannt, daß, wenn auch selten, Extra- und Intrauteringraviditäten gleichzeitig vorkommen.

Zu Fall 68 von Korach, den ich bereits an anderer Stelle erwähnte, möchte ich noch eingehender Stellung nehmen, erstens, weil Korach sich mit der Differentialdiagnose: Corpus luteumblutung und Appendicitis befaßt, zweitens, weil es der einzig dastehende, von vornherein diagnostizierte und nicht operierte Fall ist.

Nachdem vor 18 Monaten die Patientin eine Corpus luteumblutung gehabt hat und damals unter der Diagnose: Appendicitis operiert worden ist, waren jetzt die Krankheitserscheinungen links. Die Appendix ist damals entfernt worden, die Wahrscheinlichkeit einer Extrauteringravidität bestand nicht, da nach zuverlässigen Angaben kein Coitus in den letzten Monaten stattgefunden hatte. Außerdem lagen auch keinerlei Schwangerschaftszeichen vor. Die Menses waren regelmäßig und es bestand keine Blutung nach außen, kein Kollostrum. Es lag nahe, in diesem Falle an eine Corpus luteumblutung zu denken.

Korach folgert aus dem glücklichen Verlauf, daß seine Diagnose gestimmt hat. Das mag sein, wie aber soll man kontrollieren, daß sie wirklich gestimmt hat und daß es sich um eine beträchtliche intraabdominelle Blutung gehandelt hat und nicht um eine

winzige Blutung von einigen ccm wie sie häufig bei Operationen, die aus anderen Gründen kurz vor Beginn der Menstruation erfolgen, physiologisch ist.

Was die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und Corpus luteumblutung betrifft, von der Korach glaubt, daß eine sichere Differentialdiagnose unmöglich ist, so bin ich anderer Meinung, und ich werde mich in der Besprechung zur Differentialdiagnose näher darüber äußern.

Korach propagiert auch keineswegs die konservative Therapie, sondern rät schon wegen der Schwierigkeit der Differentialdiagnose und wegen der allzu großen Verantwortung zur Operation.

Ich möchte jetzt mit der Beschreibung der Fälle aus dem St. Georger Krankenhaus beginnen, deren klinisches Bild mit dem der Literaturfälle vergleichen und bringe jetzt zunächst eine kurze Übersicht der Krankengeschichten.

Fall 1. J.-Nr. 10938/17. 26 jährige Patientin, non marita, früher angeblich nie ernstlich krank gewesen, geringe Menstruationsbeschwerden in den letzten 4 Jahren. Kein Partus, kein Abort. Die Regel sollte in den nächsten Tagen eintreten. Heute nacht erkrankt, plötzlich mit starken Leibschmerzen in der Unterbauchgegend, keine Blutung per vaginam.

Diagnose des hereinsendenen Arztes: Appendicitis.

Befund: Mittelgroße, ziemlich blasse, schmächtige Patientin, Atmung beschleunigt, ängstliche Gesichtszüge. Herz und Lungen o. B. Leib etwas aufgetrieben, besonders in der Unterbauchgegend. Dort besonders rechts Druckschmerz, ohne genaue Lokalisation und Bauchdeckenspannung. Mac Burney scheinbar frei. Keine Darmsteifung.

Vaginale Untersuchung: Hymen erhalten. Uterus nicht vergrößert, anteflektiert. Links neben ihm undeutliche Resistenz mit mäßigem Druckschmerz. Diagnose: Adnextumor? Appendicitis.

Die Operation ergibt dünnflüssiges Blut in der freien Bauchhöhle, das aus einer Corpus luteumcyste mit deutlicher Perforationsstelle am rechten Ovar stammt. Weiterer Verlauf normal. Es liegt keine Gravidität vor. 3 Tage nach der Operation treten die erwarteten Menses ein.

Fall 2. J.-Nr. 10448/17. 22 jährige Patientin. Nachts plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leib und ohnmachtsähnlichem Anfall erkrankt, wird vom Arzt wegen Magengeschwür geschickt. Eine genaue Anamnese ist nicht zu erheben.

Pulsloses, wachsbleiches Mädchen. Schleimhäute absolut anämisch. Pupillen weit. Patientin befindet sich in benommenem Zustand. Leib mäßig aufgetrieben, schmerzhaft auf Druck. Diagnose: Extrauteringravidität. Schwere innere Blutung.

Operation: Es werden nach Eröffnung des Peritoneums ungeheure Mengen Blut und Blutkogula gefunden. Perforationstellen nicht zu sehen. Einige Stunden nach der Operation erfolgt der Exitus letalis.

Sektionsbefund: Hämatoperitoneum. Frischer geplatzter Graafscher Follikel. An der Oberfläche des linken Ovars Perforationsstelle. Keine Eihäute zu finden.

Fall 3. J.-Nr. 14604/21. 34jährige Patientin M. G. Kutschersfrau. Familienanamnese o. B. Patientin selbst ist immer gesund gewesen. Erste Regel mit 10 Jahren, immer regelmäßig alle 4 Wochen, oft Schmerzen dabei. 6 Kinder, das letzte vor 3 Jahren. Vor 2 Jahren ein Abort. Seitdem wieder regelmäßige Periode. Die letzte zur normalen Zeit ohne Abweichung von den vorhergehenden. Vorgestern starke psychische Erregung, danach Ohnmachtsanfall. In der Nacht Schmerzen im Leib. Der herbeigerufene Arzt schickt die Patientin mit der Diagnose: geplatzte Extrauteringravidität.

Befund: Mittelgroße Patientin von extrem blassem Aussehen und kaum fühlbarem Puls. Pupillen reagieren auf Licht und Konvergenz. Herz und Lungen o. B.

Leib gespannt, sehr druckempfindlich, dadurch gynäkologische Untersuchung erschwert. Da der Verdacht auf geplatzte Extrauterine besteht, wird operiert. Man findet vollkommen intakte Tuben und ein geplatztes Corpus luteum rechts. Links ist ein nicht geplatztes, das bei der Operation rupturiert. Die anatomische Untersuchung läßt jegliche Art von Schwangerschaft ausschließen.

Fall 4. J.-Nr. 15336/23 W. 27 jährige marita, erste Regel mit 16 Jahren, alle 4 Wochen, regelmäßig, 3—4 Tage. Kein Abort. Partus vor 5 Jahren. Kind gesund. Seitdem wieder normale Periode, letzte vor 3 Wochen. Patientin erkrankte gestern aus voller Gesundheit mit heftigen Schmerzen in der linken Unterbauchgegend und wurde ohnmächtig. Kein Erbrechen, keine Blutung nach außen. Patientin wird wegen morbus internus reingeschickt.

Befund: Blaß aussehende Patientin in leidlichem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Abdomen links unten leicht

spannt und druckempfindlich. Gynäkologisch bei Bewegung der Portio Schmerzhaftigkeit links. Patientin wird unter der Diagnose: Pelvoperitonitis? Adnextumor? operiert. Man findet eine Blutung aus einem Corpus luteum des linken Ovars und außerdem eine Salpingitis rechts.

Fall 5. J.-Nr. 3742/27. E. M. 17 jährige Patientin, erste Regel mit 15 Jahren, meistens sehr stark und unregelmäßig. Außer Grippe in den letzten Jahren keine Erkrankung. Es handelt sich um eine Patientin mit intaktem Hymen. Kein Abort, kein Partus. Heute mittag mit heftigen Schmerzen im Leib erkrankt, kein Erbrechen. Letzte Regel normal vor 3 Wochen. Diagnose des hereinsendenden Arztes: Appendicitis.

Befund: Kräftiges Mädchen in gutem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Leib weich. Rechts unten Druckempfindlichkeit in der Nähe des Mac Burneyschen Druckpunktes.

Diagnose: Appendicitis.

Operation: Reichlich Blut im kleinen Becken, normale Appendix. Am rechten etwas vergrößertes Ovar, kirschgroße Perforationsstelle, aus der sich jetzt noch Blut entleert.

Fall 6. J.-Nr. 7326/25. M. B. 32 jährige Patientin, Arbeiterfrau, aus voller Gesundheit mit Schmerzen im rechten Unterbauch erkrankt. Kein Erbrechen. Menses immer regelmäßig. Patientin erwartete in den nächsten Tagen ihre Periode. 1 Partus. Schwindelanfälle und Kopfschmerzen seit gestern. Diagnose des hereinsendenden Arztes: Appendicitis.

Befund: Herz und Lungen o. B. Leib leicht gespannt. Druckempfindlichkeit deutlich unterhalb des Mac Burney. Die gynäkologische Untersuchung ergibt keine Besonderheiten.

Diagnose: Appendicitis.

Operation ergibt etwa $^1/_2$ Liter klumpigen, dunkelroten Blutes. Appendix nicht verändert. Rechtes Ovar zeigt erbsengroßen Defekt. Anatomisch handelt es sich um ein geplatztes Corps luteum und normalen Wurmfortsatz.

Fall 7. J.-Nr. 17146/26. E. M. Vor 3 Tagen spürte Patientin plötzlich einen stechenden Schmerz im Unterleib. Heute mittag wieder heftige Schmerzen. Hauptsächlich waren die Schmerzen in der linken Unterbauchgegend lokalisiert. Mehrmaliges Erbrechen. Vom Arzt wird die Diagnose: Peritonitis gestellt. Es haben keinerlei Menstruationsstörungen stattgefunden.

Befund: Mittelgroße Frau mit stark anämischer Hautfarbe. Diffuse Bauchdeckenspannung, besonders im linken Unterbauch. Dort wird auch der Druckschmerz lokalisiert. Es besteht kein deutlicher Mac Burney.

Die gynäkologische Untersuchung ist links ebenfalls schmerzhafter als rechts, ohne daß man einen besonderen Tumor links wegen der Bauchdeckenspannung feststellen kann. Kein Kollostrum.

Diagnose: geplatzte Tubargravidität links.

Operation: Reichliche, größtenteils frische und unkoagulierte Blutmassen in der Bauchhöhle. Tuben völlig normal. Als Ursache der Blutung stellt sich eine kleine erbsengroße Lacsion am linken Ovar heraus, aus welcher es kontinuierlich mäßig blutet. Das Ovar wird extirpiert, die anatomische Untersuchung ergibt, daß an der Stelle der Blutung ein Corpus luteum liegt. Heilungsverlauf normal. 3 Tage nach der Operation Eintreten der Menses.

Fall 8. J.-Nr. 10249/27. A. B. Die Patientin kommt mit von den anderen Fällen abweichender Anamnese. Seit 4 Wochen Schmerzen im Unterleib, besonders links. Erste Regel mit 16 Jahren. Kein Partus, kein Abort. Immer regelmäßige Blutung, nur in den letzten 6 Wochen 3 mal 4—5 Tage geblutet.

Befund: Mittelgroße grazil gebaute Patientin in leidlichem Ernährungszustand, Hautfarbe blaß, Schleimhäute schlecht durchblutet, keine Narben, keine Ausschläge. Lungen und Herz o. B.

Abdomen vorgewölbt; Schmerzen bei Druck auf der linken unteren Bauchseite.

Die gynäkologische Untersuchung ergibt an den linken Adnexen einen gut hühnereigroßen empfindlichen Tumor.

Operation: Im kleinen Becken finden sich etwa 20 ccm dunklen Blutes. Das linke Ovar ist in einen gut hühnereigroßen Blutsack umgewandelt. Es findet sich ein großes Corpus luteum dabei.

Anatomische Diagnose: Corpus luteumblutung.

Fall 9. J.-Nr. 423/24. E. L. 24 jährige Patientin. Plötzlich heute morgen mit Leibschmerzen erkrankt. Leichte Übelkeit, kein Erbrechen. Letzte Regel vor 3 Wochen, wie immer mit wenig Beschwerden. Außer Obstipation hat die Patientin keine besondere Krankheiten durchgemacht.

Befund: Blaß aussehendes Mädchen in mittlerem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B.

Leib: Patientin hat vom Arzt draußen eine halbe Spritze Morphium erhalten, aber trotzdem noch deutliche Druckempfind-

lichkeit, besonders in der linken Adnexgegend. Es handelt sich um eine Patientin mit intaktem Hymen.

Diagnose: Appendicitis? Extrauteringravidität?

Beim Eröffnen des Peritoneus findet man reichlich flüssiges Blut, das sich aus dem linken Ovar ergießt, und zwar aus dem dem Uterus zugekehrten Ende. Das Ovar wird extirpiert, am blutenden Ende wird ein kirschgroßes Corpus luteum gefunden.

Normaler Krankheitsverlauf, 3 Tage nach der Operation treten die Menses auf.

Fall 10. J.-Nr. 7206/25. G. I. Vor einer Woche erkrankte die Patientin plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, die jedoch nach 2 Tagen vorübergingen. Es handelt sich um eine 15 jährige Patientin, die keinerlei Menstruationsstörungen aufzuweisen hat und in den nächsten Tagen ihre Menses erwartet. Heute ähnlicher Schmerzanfall wie vor einer Woche im rechten Unterbauch.

Befund: Mittelgroße Patientin in ausreichendem Ernährungszustand und mit blasser Hautfarbe.

Herz: 2. Pulmonalton akzentuiert, sonst o. B. Lungen o. B.

Leib: Die Gegend des Mac Burney ist stark druckempfindlich. Kein typischer Druckpunkt.

Diagnose: Appendicitis?

Operation: Im kleinen Becken findet sich reichlich frisches, rotes Blut. Auf dem rechten Ovar sitzt eine kirschgroße Corpusluteumcyste auf, aus der es blutet.

Normaler Heilungsverlauf. Am 2. Tage nach der Operation treten die Menses ein.

Fall 11. J.-Nr. 7056/26. M. G. 30 jährige Patientin erste Regel mit 20 Jahren, regelmäßig alle 4 Wochen. 2 Geburten, ein Abort. Letzte Regel vor 3 Wochen. Patientin erkrankte plötzlich mit Schmerzen im Leib und Kreuz.

Befund: Blasse Patientin in dürftigem Ernährungszustand. Herz und Lungen o. B. Im linken Unterbauch Druckschmerz.

Bei der gynäkologischen Untersuchung findet man im hinteren Scheidengewölbe eine Resistenz.

Diagnose: Extrauteringravidität.

Operation: Man findet ein vergrößertes Ovar links und ein blutendes Corpus luteum.

Normaler Heilungsverlauf, nach 3 Tagen Einsetzen der Menses.

Fall 12. J.-Nr. 17269/26. C. K. 28 jährige non marita, immer gesund gewesen, erste Regel mit 15 Jahren, alle 4 Wochen

4—5 Tage. Meistens Kreuz- und Leibschmerzen dabei. 1 Partus. 1 Abort. Seit 4 Wochen anhaltende schwache Blutungen. Vorletzte Regel vor 6 Wochen, etwas vermehrt; seit 12 heftige Schmerzen im Leib.

Befund: Mittelgroße Frau in mäßigem Ernährungszustand, Haut und sichtbare Schleimhäute schlecht durchblutet. Herz und Lungen o. B. Leib weich, nicht aufgetrieben, nur im unteren Abschnitt Druckempfindlichkeit.

Die gynäkologische Untersuchung ergibt rechts vom Uterus einen hühnereigroßen weichen elastischen Tumor, der druckempfindlich ist. Schwache vaginale Blutung aus einem Corpus luteum.

Zum klinischen Bild dieser 12 Fälle ist folgendes anzuführen. Es handelt sich um Patientinnen im Alter von 15—34 Jahren mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren von denen 50% schon geboren haben, während die übrigen weder einen Partus noch einen Abort durchgemacht haben.

In 33% der Fälle sind es Patientinnen mit intaktem Hymen. Sie erkranken alle plötzlich ohne Trauma, ohne Fieber, vielfach ohne vorangegangene Menstruationstörungen, mit heftigen Schmerzen im Unterleib, rechts oder links und zeigen mehr oder weniger deutlich die Zeichen einer intraperitonealen Blutung.

Nur in 2 Fällen besteht eine vaginale Blutung nach außen, alle übrigen erwarten in den nächsten Tagen ihre Menses. Sie kommen alle zur Operation, teilweise unter der Diagnose: rupt. Extrauteringravidität. Es werden in jedem Fall reichliche Mengen Blutes zum Teil koagiliert in der Bauchhöhle gefunden, das aus einem geplatzten Corpus luteum stammt, was entweder in situ erkannt wird oder erst anatomisch nachgewiesen wird.

In allen Fällen wird die Diagnose durch mikroskopische anatomische Untersuchung bestätigt. In einem Fall liegt ein Nebenbefund wie gleichzeitig bestehende rupt. Tubargravidität auf der anderen Seite vor.

Ein Fall ist tötlich verlaufen, bei dem in der Sektion eine schwere Anämie festgestellt wurde, in der Art der perniziösen Anämie, die schon vor der Erkrankung bestanden hat und die besondere Blutungsbereitschaft bedingte.

In Fall 1, 5, 9 und 10 handelt es sich um Patientinnen mit intaktem Hymen.

Bemerkenswerterweise sind es die Patientinnen, bei denen die Diagnose Appendicitis gestellt wurde. Es ist psychologisch erklärlich, daß man gerade bei derartigem Befund, wenn noch dazu die Schmerzen auf der rechten Seite sich in der Gegend des Mac Burney lokalisieren und keinerlei deutlicher Anhalt für die Gravidität vorhanden ist, sich dazu verleiten läßt, von einer genitalen Affektion abzukommen. Bei der Häufigkeit der Appendicitis unter den abdominellen akuten Erkrankungen und bei den mannigfachen Lageveränderungen, die die Appendix annimmt, wird bekanntlich die Diagnose oft gestellt, auch wenn der Druckpunkt nicht genau im Mac Burney zu finden ist, und oft genug mit Recht.

Hier ist der Druckschmerz, wenn es sich um eine Blutung aus einem Corpus luteum des rechten Ovars handelt, immer in unmittelbarer Nähe des Mac Burney, und, wie schon erwähnt, sehr oft auch, wenn die Blutung aus dem linken Ovar kommt.

Welche Möglichkeiten bestehen, genau die Diagnose zu differenzieren, wird noch näher erörtert werden.

Die übrigen 66% der Fälle sind unter der Diagnose rupt. Extrauteringravidität operiert und ließen erst bei der Operation eine richtige Diagnosenstellung zu.

Die hervorstechendsten Symptome in diesen Fällen sind außer der plötzlichen Erkrankung und den zur intraabdominellen Blutung gehörigen Symptomen

1. die in 66% der Fälle fehlenden Menstruationsstörungen,
2. das Fehlen der vaginalen Blutung in 83% der Fälle.
3. das Erkranken einige Tage vor der zu erwartenden Menstruation in 90% der Fälle.

Vergleichen wir die klinische Betrachtung der 72 Fälle aus der Literatur mit den beschriebenen 12 Fällen aus dem St. Georger Krankenhaus, so finden wir, daß sie keinerlei Unterschiede zeigen in Bezug auf das klinische Bild. Sie sind sich vollständig kongruent, weisen die gleichen maßgebenden Hauptsymptome auf, dieselben Differentialdiagnosen, das gleiche Alter der Patientinnen, die gleiche Zeit der Erkrankung bezüglich der Periode und stimmen auch überein in den Symptomen, die für die Diagnosenstellung besonders wichtig sind:

1. dem Fehlen der Menstruationsstörungen
2. dem Fehlen der vaginalen Blutungen
3. dem kurz vor der zu erwartenden Menstruation eintretenden Erkranken.

Sind wir nun imstande, die Diagnose Corpus luteumblutung zu stellen? Welche sind die Differentialdiagnosen? Wie weit ist die Differenzierung möglich?
Ich will vorweg nehmen, daß, wie auch sämtliche 84 Fälle zeigen, die einzige Therapie die Operation ist und bleiben wird, wenn es sich um eine erhebliche intraabdominelle Blutung handelt.

Zur Differentialdiagnose steht

1. Corpus luteumblutung und Appendicitis
2. Corpus luteumblutung und rupt. Extrauteringravidität

Ad 1. Ich habe bereits erwähnt, daß man geneigt ist, bei einer Patientin mit Hymen intactum das Augenmerk und die Aufmerksamkeit vom Genitale abzuwenden und ein anderes Organ für die Erkrankung verantwortlich zu machen. Sind die Schmerzen rechts, so greift man aus schon erwähnten Gründen zur Diagnose: Appendicitis, auch wenn die Symptome nicht ausgesprochen eindeutig sind.

Nur unter diesen Gesichtspunkten ist es zu verstehen, daß eine beträchtliche innere Blutung übersehen werden kann. Ist die innere Blutung erkannt, so verliert die Diagnose: Appendicitis ihre Bedeutung. Sollte es nicht möglich sein, sie klinisch zu erkennen, weil die Blässe sich manchmal erst bei fortgeschrittener oder länger bestehender Anämie zeigt, so muß man erstens die anamnestischen Ohnmachten in Betracht ziehen und hauptsächlich die sogar im Liegen vorkommenden und für eine innere Blutung besonders charakteristischen. Zweitens steht uns zur weiteren Klärung und Erkennung einer Blutung die Douglaspunktion zur Verfügung, die bei positivem Ausfall entscheidend ist, wenn es auch vorkommt, daß durch Verwachsungen oder Verstopfung der Kanüle manchmal der Erfolg ausbleibt. Drittens gibt uns die Hämoglobinbestimmung wertvollen Aufschluß darüber, ob eine innere Blutung besteht oder nicht, und zwar ist der Sturz des Hämoglobingehalts bei mehrmaliger Bestimmung charakteristisch.

Ich möchte aus dieser differentialdiagnostischen Besprechung schließen, daß unter Berücksichtigung der Anamnese, des Befundes, des Punktionsbefundes und sonstiger Erkennungszeichen der intraabdominellen Blutung die Appendicitis mit einer gewissen Sicherheit oder zumindest Wahrscheinlichkeit aus der Differentialdiagnose ausgeschlossen werden kann.

Es bleibt dann ad 2. die Differentialdiagnose: rupt. Extrauteringravidität und Corpus luteumblutung.

Wie zu erwarten war, ist es mir nicht vollkommen gelungen, eine Trennung und Differenzierung dieser beiden Diagnosen in jedem Fall möglich zu machen.

Was bei der Extrauterindiagnose Ausnahme ist, nämlich daß keine vaginale Blutung nach außen besteht und keine Menstruationsstörungen vorangegangen sind, ist hier Regel. Sowohl in den Literaturfällen wie in den Fällen aus dem St. Georger Krankenhaus wiederholen sich diese beiden Hauptsymptome, und doch ist das Fehlen dieser Symptome allein nicht maßgebend genug, um die Möglichkeit einer sicheren Diagnose zuzulassen.

Von gewisser Bedeutung für die Diagnose ist auch noch das Auftreten der inneren Blutung wenige Tage vor der zu erwartenden Regel.

Praktisch nicht bedeutungsvoll, aber wissenschaftlich beachtenswert ist dann noch die Tatsache, daß nach Entfernung des Corpus luteums, nach 2—3 Tagen die Menstruation auftritt. G. A. Wagner hat vor kurzem (Zentrbl. f. Gyn. 1928 Nr. 1 S. 10) die Beziehungen zwischen Corpus luteum und Menstruation erneut eingehend erörtert.

Das Corpus luteum dient nach Ansicht der Mehrzahl der Autoren dazu den prämenstruellen, bezw. prägraviden Zustand der Uterusschleimhaut zu erhalten. Solange das Corpus luteum besteht, bleibt die prägravide Veränderung der Uterusschleimhaut bestehen, solange kommt es nicht zur Menstruation. Wenn das Corpus luteum degeneriert, oder wie in unseren Fällen operativ entfernt wird, fällt die erhaltende Wirkung des Corpus luteum für die Uterusschleimhaut fort, sie verfällt der Auflösung, wird ausgestoßen; es tritt die Menstruation ein.

Meine Beobachtungen sprechen für die Richtigkeit dieser Auffassung. Es kann in diesem Zusammenhang unerörtert bleiben, ob das Corpus luterum aus sich heraus, oder lediglich unter der Wirkung der Eizelle diese Tätigkeit ausüben kann. Über diesen

letzten Punkt gehen die Ansichten, auch der auf diesem Gebiete erfolgreichsten Forscher, noch auseinander.

Weiter, wie oben angeführt, läßt sich die Differentialdiagnose nicht führen. Immerhin möchte ich annehmen, daß die Diagnose: Corpus luteumblutung häufig wenigstens mit erheblicher Wahrscheinlichkeit sich stellen läßt.

Vom rein therapeutischen Standpunkt ist das Resultat, da bei jeder stärkeren inneren Blutung die Operation die Therapie der Wahl ist und stets bleiben wird, nicht allzu bedeutungsvoll. Trotzdem wird es immer Befriedigung gewähren, eine schwierige Diagnose richtig gestellt zu haben.

Bei dieser Gelegenheit danke ich meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Matthaei für die gütige Überweisung der Arbeit, und Herrn Dr. Sennewald für seine freundliche Beratung und Unterstützung, ebenso Herrn Prof. Heynemann für die Übernahme des Referats.

Literaturangaben.

1.) Barolin: Blutungen aus den Ovarien. Med, Klinik 1920 Nr. 1 S. 9.

2.) Barthelemy: Kyste hémorrhagique du corps jaune. Bull. de la soc. d'obstétr. et de gyn. Jahrg. 14 Nr. 5 S. 426/28.

3.) Fr. Beck: Ein Beitrag zu den intraabdominellen Blutungen aus den Ovarien (Corpus luteum) Zentrbl, f. Gyn. 1926 Nr. 31 S. 2009.

4.) O. Bittmann: Gefährliche innere Blutungen. Casopis lekaruv ceskych 1924 S. 183 Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 7 S. 395.

5.) A. Bochkor: Fall von Verblutung aus der Ruptur einer Corpusluteum cyste Orvosi Hetilap 1925 Nr. 9 Ref. Ztrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 48 S. 3113.

6.) Milton H. Bockmann: Bericht über einen Fall von Ruptur des Corpus luteum. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 1 S. 27.

7.) R. Bourg: Corps jaune hémorrhagique pertoré de l'ovaire droit simulant une appendicite. Ref. Ber. ü d. ges. Gyn. Bd. 11 H. 4 1927 S. 293.

8.) E. Burg: Bauchhöhlenblutung aus einem Eierstock. Ref, Zentrbl. f. Gyn. 1936 Nr. 48 S. 3112.

9.) Bürger: Zur Kenntnis der Ovarialblutungen. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gyn. 1904 Bd. 51 S. 289.

10.) Cantoni: Untersuchung über Ovarialblutungen. Arch. f. Gyn. 1914 Bd. CIII S. 564.

11.) Cranwell: Ann. d. Gyn. et d'Obt. April 1912.

12.) Franz Cohn: Arch. f. Gyn. 1913 Bd. 99 S. 505.

13.) Dolinski u. Benzion: Fall von lebensbedrohlicher Corpus luteumblutung bei gleichzeitig bestehender intrauteriner Gravidität. Zentrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 2 S. 117.

14.) Eick: Corpus luteumblutung unter d. Bild einer Appendicitis. Zentrbl. f. Gyn. 1924 Nr. 27 S. 1500.

15.) Engström: Arch. f. Gyn. 1907 Bd. 82 S. 60.

16). Forssner: Können intraabdominelle Blutergüsse entstehen? Arch. f. Gyn. 1916 Bd. 105 S. 74.

17.) Gabriel: Arch. f. Gyn. 1901 Bd. 64 S. 449.

18.) Gudim-Leokovich: Zur Frage über Blutungen aus dem Eierstock. Ber. ü. d. ges. Gyn. 1927 Bd. II H. 4 S. 294.

19.) Hadden: Blutungen in die Bauchhöhle aus einer Cyste eines Graafschen Follikels. Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 7 S. 395.

20.) Hende: Inaug. Diss. Freiburg 1913.

21.) Hellendall: Beitrag zur Klinik der Corpus luteumblutungen Zentrbl. f. Gyn 1926 Nr. 11 S. 666.

22.) Jayle: 23. Kongress de l'Assoc. franc. de Chir.

23.) Kaboth: Lebensbedrohliche Blutungen a. d. Corpus luteum. Arch. f. Gyn. 1924 Bd. 121 S. 631.

24.) Munro Kerr: Ges. f. Geb. i. Edinburg Lancet. 1903 31. Jan.

25.) Klein: Über Lebensbedrohliche Blutungen aus dem Eierstock. Zentrbl. f. Gyn. 1926 Jahrg. 50 Nr. 2 S. 111.

26.) Korach: Appendicitis u. Ovarialblutungen. Münch. med. Wochenschr. 1925 Nr. 29 S. 1199.

27.) Kranzfeld: Intraabdomininelle Blutungen a.d.Corpus luteum.Ref.Zentrbl. f. Gyn. 1926 Nr. 4 S. 3113.

28.) Lindig: Eine histologische Studie über das Wesen ovarieller Blutungen. Zentrbl. f. Gyn. 1921 Nr. 33 S. 1882.

29.) Lünzer: Vorgetäuschte Extrauteringravidität. Zeitschr. f. Heilkunde 1907 Bd. 28 S. 2139.

30.) Louros: Über Corpus luteumblutungen. Arch. f. Gyn. 1914 Bd. 103 S. 91

31.) Maes: Aerztl. Ver. i. Hambg. am 28. 11. 1905.

32.) Markotty: Über da Corpus luteum menstruat. u. Gravidität. Arch. f. Gyn. 1914 Bd. 103 S. 63.

33.) Oehmann: Über Ovarialblutungen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1908 Bd. 38 S. 283.

34.) Oing: Lebensbedrohliche Blutung aus dem Corpusluteum Zentrbl. f. Gyn. 1927 Nr. 36 S. 2372.

35.) Phaneuf: Intraperitoneale Blutung aus einem Corpus luteum Ref. Zentrbl. f. Gyn. 1925 Nr. 35 S. 1998.

36.) Rivelt: Rupt. Ovarialhämat. m. starker intraperitonealer Blutung. Ref. Berichte ü. d. Ges. Gyn. 1924 Bd. 2 S. 86.

37.) Rouvelle: Ann. de Gyn. 1908 Nr. 35.

38.) Runge: Untersuchungen über Ovarialblutungen. Arch. f. Gyn. 1914 Bd. 116 S. 91.

39.) Schauta: Geburtshilfl. gyn. Ges. Wien am 3. 6. 1902 Zentrbl. f. Gyn. 1903 Nr. 12 S. 372.

40.) Schröder: Über zeitl. Beziehungen der Ovulation und Menstruation. Arch. f. Gyn. 1913 Bd. 100 S. 20.

41.) v. Toldy: Ovarielle Blutung als Ursache e. Hämatocele retrouterina. Zentrbl. f. Gyn. 1924 Nr. 48 S. 138.

42.) Urban: 2 Fälle von fast tötl. Blutung a. d. Corpus luteum. Wiener med. Wochenscheift 1917 Nr. 21 S. 934.

43.) G. A. Wagner: Zentrbl. f. Gyn. 1928 Nr. 1 S. 10.

44.) Weinbrenner: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1906 Bd. 24 S. 332.

45.) v. Winiwarter: Zeitschr. f. Geb. und Gyn. 1911 Bd. 68 S. 411.

46.) Wolf: Geplatztes Ovarialhämatom. Zentrbl. f. Gyn. 1921 Nr. 4 S. 151.

47.) Zacherl: Innere Blutungen infolge Ruptur e. Corpus luteums. Arch. f. Gyn. 1923 Bd. 119 S. 18.

Lebenslauf.

Ich bin am 12. 8. 1902 in Wladislawow (Neustadt, Litauen) als Sohn des Bauerngutsbesitzers Naum Feldstein, wohnhaft in Neustadt in Litauen, und dessen Ehefrau, ebenfalls dort wohnhaft, geboren. Dort besuchte ich bis zu meinem 10. Jahre die Volksschule und kam im Oktober 1912 nach Hamburg, um hier die Talmud-Tora Realschule am Grindelhof zu besuchen. 1919 im März absolvierte ich diese Schule mit der Obersekundareife und kam zum weiteren Schulbesuch in die Hindenburg-Oberrealschule nach Königsberg i. Pr. Wo ich 1 Jahr blieb. 1920 zog ich nach Leipzig, wo ich im Februar 1921 an der Oberrealschule im Norden mein Abitur bestand. Im Mai desselben Jahres begann ich mein medizinisches Studium in Leipzig, unterbrach es während der Inflationszeit für 2 Semester und begab mich im Mai 1924 nach Hamburg zur Fortsetzung des medizinischen Studiums. Im Oktober desselben Jahres bestand ich das Physikum in Hamburg und studierte von nun an ununterbrochen hier bis ich im Januar die ärztliche Prüfung bestand und zum praktischen Jahr zugelassen wurde. Dieses erledigte ich in Hamburg und erlangte am 25. Januar 1928 meine Approbation.